

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE **160** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean DOGER DE SPÉVILLE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 14 février 1908, à l'Île Maurice.

**Contribution à l'Étude
des Kystes dermoïdes
de la racine du nez**

Président : M. L. OMBRÉDANNE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean DOGER DE SPÉVILLE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 14 février 1908, à l'Ile Maurice.

Contribution à l'Étude
des Kystes dermoïdes
de la racine du nez

Président : M. L. OMBRÉDANNE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert IEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		MONDOR.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		CHIRAY.
Clinique médicale	}	LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBE.
		LEREBOULLET.
		NOBECOURT.
		H. CLAUDE.
		GOUGEROT.
		GUILLAIN.
		LEMIERRE.
Hygiène et clinique de la première enfance		CUNEO.
Clinique des maladies des enfants		GOSSET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GREGOIRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		LENORMANT.
Clinique des maladies du système nerveux		TERRIEN.
Clinique des maladies infectieuses		CHEVASSU.
Clinique chirurgicale		COUVELAIRE.
Clinique ophtalmologique		JEANNIN.
Clinique urologique		LÉVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements		MOCQUOT.
Clinique gynécologique		OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale		LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique		Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale		Maurice VILLARET.
Clinique propédeutique		TROISIER.
Clinique de la Tuberculose		MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		LAUBRY.
Clinique de cardiologie		Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie		N...
Assistance médico-sociale		HAZARD.
		HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire		MULON.
		OLIVIER.
		SANNIE.
		VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
CATHALA Pathologie médicale.	gie chirurgicale.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lre} J. LEVY . Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÈNÈGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

ÉCALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547520_0034

A MES PARENTS

AU DOCTEUR HENRY CHAUVIN

A MONSIEUR LÉON DARUTY DE GRANDPRE

A MONSIEUR ET MADAME PAUL SAUZIER

AU DOCTEUR CHARLES DE SPEVILLE

(in memoriam).

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. OMBREDANNE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades
Commandeur de la Légion d'Honneur

*En reconnaissance de son très précieux
enseignement.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BERGER

Chirurgien de l'Hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FEVRE

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a inspiré ce travail. En témoignage de ma très vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER COUVELAIRE

Chirurgien des Hôpitaux

En témoignage d'amitié et de reconnaissance.

A MES MAÎTRES

1929-1930 MONSIEUR LE PROFESSEUR FÉLIX LEJARS.
(*in memoriam*).

Saint-Antoine MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON.

Externat :

1931
Laënnec MONSIEUR LE DOCTEUR A. CANTONNET.

Necker MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BERGER.

1932
La Charité MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI.

1933
La Charité MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARLES
RICHET.

1933-1934
Bichat MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT.

1934-1935
Broussais MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY.

1935
Baudelocque MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE.

1935-1936
Enfants-Malades MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE.

1936-1937
Necker MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ.

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE.

A MESSIEURS LES DOCTEURS
J. GUILLOT, P. BERNAL, R.-A. SCHWOB

OBSERVATIONS

Observations de 3 cas vus dans le service du Professeur OMBRÉDANNE, à l'Hôpital des Enfants-Malades.

1) Jeannine E..., 4 ans 1/2, est hospitalisée parce que sa mère a remarqué un écoulement de liquide par un orifice siégeant au niveau de la racine du nez. L'écoulement est intermittent, quand il cesse la peau devient rouge et tendue. L'examen montre que la base du nez est peu échancrée, mais il n'y a pas de saillie véritable. On fait le diagnostic de kyste dermoïde du nez infecté.

— Opération le 8 avril 1936 (M. FÈVRE).

Anesthésie à l'éther, puis au chloroforme par sonde nasale. Incision de la peau verticale médiane. On dissèque une poche, non arrondie mais canaliculée, qui repose sur une dépression des os propres du nez et du frontal. On pratique l'ablation de la poche. Fermeture de la peau sur une petite mèche iodoformée. La poche contenait des poils.

Guérison très simple. Treize jours après, quand on revoit l'enfant, la plaie est cicatrisée.

2) Lucienne L. C..., 17 ans 1/2, consulte, le 3 juin 1937, pour une tumeur de la racine du nez. Tumeur

grosse comme une noisette non adhérente à la peau qui est normale, elle est assez mobile sur le plan profond, elle est tendue, résistante. On fait le diagnostic de kyste dermoïde de la racine du nez.

Opération le même jour (M. FÈVRE).

Anesthésie locale. Incision verticale médiane de la peau, la paroi du kyste est mince, on entre dans une poche contenant une matière huileuse avec des gouttelettes en suspension. Le fond de la poche contient un peu de matière blanchâtre d'apparence sébacée. On enlève comme on peut les parois de la poche sans les voir nettement. Fermeture de la peau par trois petites soies.

3) Yolande G..., 3 ans, hospitalisée pour une petite tumeur située juste au dessus de la racine du nez. La peau est normale et glisse sur la tumeur qui est adhérente au plan profond. La consistance de la tumeur est élastique. On fait le diagnostic de kyste dermoïde de la base du nez.

Opération le 22 juillet 1937 (M. FÈVRE).

Anesthésie à l'éther. Incision verticale médiane de la peau. Dès l'incision le kyste est ouvert; on enlève la matière sébacée, et on fait l'ablation du sac comme on peut; on donne un coup de curette sur le fond du kyste. Il n'y a pas de prolongement cranien. On suture la peau à la soie vasculaire. Il n'y avait pas de poils dans le kyste.

4) OBSERVATION DE J. CRUVEILHIER.

(Traité d'anatomie pathologique générale, t. III, p. 340, Paris, 1849-1856).

« En 1817 (j'étais alors à Limoges), on me conduisit de Chabanais, une petite fille âgée de neuf ou dix ans qui présentait à la partie moyenne du nez une croûte du volume d'une épingle à friser. J'enlève cette croûte, j'introduis un stylet dans la petite ouverture qu'elle remplissait, et je suis étonné de voir que le stylet s'enfonce de bas en haut à une profondeur d'un pouce et demi en se dirigeant d'abord sous la peau, ensuite profondément dans l'épaisseur des os du crâne. Le stylet retiré, j'exerçai sur le trajet fistuleux une compression de haut en bas, et je fis sortir plusieurs poils noirs de cinq à six lignes de longueur; et comme je manifestais mon étonnement, les parents me dirent que plusieurs fois, il était sorti spontanément une bien plus grande quantité de poils. Il n'existait d'ailleurs aucune communication entre le trajet fistuleux et les fosses nasales. Je conseillai de pratiquer des injections irritantes pour enflammer les parois du kyste, me proposant dans le cas d'insuccès d'inciser toute la portion sous-cutanée du trajet fistuleux. Je n'ai plus revu la malade ».

5) OBSERVATION DE LANNELONGUE et MÉNARD.

(Affections congénitales, 1891, tome 1, Tête et Cou, p. 12).

« Une marchande de journaux du boulevard de la Madeleine, âgée de 28 ans, porte depuis sa naissance, au niveau de la racine du nez, exactement sur la ligne médiane, une petite malformation qui a offert successivement les caractères d'un kyste dermoïde, puis ceux d'une fistule.

Sa mère avait remarqué, peu de temps après sa naissance, une tumeur de la grosseur d'une groseille, située sur la racine du nez. Un petit orifice visible à la surface de la saillie ne fournissait aucun écoulement d'habitude. Mais de temps en temps, on vidait entièrement la tumeur en la comprimant entre les doigts. Le contenu était formé d'une matière blanche, demi-solide, qui s'est renouvelée constamment pendant plusieurs années. Jamais, au reste, il n'est survenu aucune complication inflammatoire; l'affection n'est nullement douloureuse. Depuis l'âge de 16 ans, une transformation s'est opérée : le contenu kystique qu'on devait auparavant extraire périodiquement, a cessé de se reproduire, et la tumeur a disparu définitivement; mais il reste sur le milieu de la racine du nez un orifice sous la forme d'une fente verticale très visible, même à distance, longue de deux millimètres environ. Par cet orifice sortent de temps à autre un ou deux poils, que la malade arrache et qui repoussent continuellement ».

6) OBSERVATION DE LANNELONGUE et MÉNARD.

« Homme de 38 ans auquel nous avons enlevé un kyste dermoïde du volume d'une petite noisette, contenant des poils fins. La tumeur constatée à la naissance était située dans la dépression intermédiaire à la racine du nez et à la glabelle ».

7) OBSERVATION DE LAWRENCE.

(London Medical Gazette, new series, vol. I, 1837-1838, p. 471-474).

« J'ai vu une jeune dame chez laquelle une tumeur de la nature de celles que j'ai décrites (tumeurs sébacées), avait été enlevée à la racine du nez, entre les deux sourcils. C'était une jolie personne; elle s'était soumise à l'opération de ce qu'elle considérait comme une difformité, bien que ce fût peu de chose, car la tumeur était peu volumineuse. Elle se trouva après l'opération, pire qu'auparavant, car la plaie ne se cicatrisa pas; il se formait une croûte à laquelle succédait un écoulement. Une sonde introduite me parut pénétrer dans l'épaisseur de l'os. Ayant appris la nature de la tumeur et sachant que l'opérateur avait éprouvé une difficulté particulière à la séparer de l'os, je conclus qu'un fragment du kyste avait été laissé, et je proposai une incision pour vérifier le fait; ce qui fut accepté. Je trouvais intimement adhérent au frontal un fragment de kyste remarquable par

sa surface blanche et chatoyante et portant quelques cheveux courts; je l'enlevai facilement, et une cicatrice solide fut bientôt obtenue ».

8) OBSERVATION DE PANAS.

(Bull. de la Soc. de Chir., 3^e série, T. III, séance du 29 avril 1874, p. 234).

Le malade était un jeune docteur de Vienne qui avait consulté divers chirurgiens à Vienne, à Berlin, à Heidelberg et à Paris. Les avis avaient été partagés entre un kyste dermoïde, une encéphalocèle et même une tumeur de l'extrémité antérieure de l'un des lobes cérébraux. La tumeur, du volume d'une noix, molle, fluctuante, était placée sur la ligne médiane entre les deux sourcils. PANAS, après avoir confirmé le diagnostic de kyste dermoïde à l'aide d'une ponction exploratrice qui donna issue à un peu de matière sébacée, fit l'énucléation du contenant et du contenu. Le kyste adhérent au périoste, avait déprimé le frontal; il renfermait des poils blonds, alors que le malade était brun.

9) OBSERVATION DE MAC CORMAC.

(Saint-Thomas Hospital Reports, 1874).

Chez un garçon de 16 ans, le kyste siégeait sur la ligne médiane à la racine du nez; il était attaché à

la surface osseuse par un pédicule, et contenait des cheveux.

10) OBSERVATION DE LE DENTU.

(Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., t. V, séance du 12 novembre 1879, p. 865).

Jeune fille de 16 ans. La tumeur, remarquée depuis l'âge de dix ans, était située au-dessus de la racine du nez, entre les têtes des deux sourcils. Elle était rattachée au périoste par un pédicule étroit, juste sur la ligne médiane, s'insérant dans une très petite dépression traversée par plusieurs vaisseaux. LE DENTU prit la précaution de gratter le périoste. Ce kyste contenait un liquide huileux.

11) OBSERVATION DE BRAMANN.

(Kystes dermoïdes du nez, Berl. Klin. Wochensch., n° 52, S. 1052, 12 déc. 1888).

BRAMANN extirpe chez un jeune garçon une tumeur existant depuis la naissance sur le dos du nez à l'union des os et des cartilages. Après l'opération, il constate à l'aide d'un stylet qu'il reste un trajet médian s'enfonçant jusqu'à la racine du nez. Au bout de 14 semaines une fistule persistante indique qu'on a laissé un vestige du kyste.

LANNELONGUE et MÉNARD citent ces observations ainsi qu'une autre de MAX SCHEDE (Archiv f. Klin. Chir., 1872, Vol. XIV, 1, 18) où la tumeur avait les mêmes caractères que dans celle de MAC CORMAC, et qu'une autre de WEINLECHMER (Soc. des Médecins de Vienne, séance du 8 février 1889, in Semaine Médicale, 13 février 1889, p. 55).

12) « L'observation de WEINLECHMER, publiée sous le titre de « Cholestéatome du frontal », n'est pas complètement démonstrative, l'examen anatomique de la paroi ayant fait défaut. Il s'agit d'un homme de 48 ans qui, à l'âge de 8 ans, avait fait une chute de voiture. A la suite de cet accident, la région frontale gauche devint plus proéminente que celle du côté opposé.

Beaucoup plus tard, à l'âge de 33 ans, ce malade fut pris d'accès consistant en vertiges, en paresthésie des mains, en mouvements involontaires à droite; les accès après s'être montrés durant un an et demi, devinrent moins intenses et plus rares.

En août 1888, un gonflement apparut sur le côté gauche du frontal, accompagné de fièvre et de maux de tête. Après un apaisement des symptômes pendant 1 mois, un médecin ouvrit une tuméfaction fluctuante et donna issue à du pus. Les douleurs diminuèrent, mais les accès tétaniformes qui se produisaient depuis longtemps, ne cessèrent pas. Au mois de janvier 1889, WEINLECHMER fit une incision de

8 cm. en dehors et au-dessus de la protubérance frontale, élargit l'ouverture de l'os et retire d'abord du pus franc, puis des masses épaisses athéromateuses. Au fond du cloaque, on voyait les battements du cerveau; les suites de l'opération furent bonnes. BILLROTH croit qu'il s'agissait d'un cholestéatome provenant de la base du crâne qui avait gagné par le diploé le sinus frontal. Sans suivre cette interprétation dans le détail, il est difficile, malgré l'absence de données anatomiques suffisamment précises sur la nature du contenu et sur la structure de la paroi, d'admettre autre chose qu'un kyste dermoïde à longue évolution » (LANNELONGUE et MÉNARD).

13) HÉBERT, dans sa thèse (Des kystes dermoïdes du dos du nez. Thèse, Bordeaux, 1911-1912), rapporte une observation inédite de kyste dermoïde du dos du nez siégeant au niveau de la racine chez une femme de 24 ans.

« Depuis la naissance, il existait une petite tumeur oblongue ayant le volume et la forme d'une olive. Le pôle supérieur correspondait à la racine du nez et le pôle inférieur descendait, recouvrant le tiers supérieur de la région médiane du dos du nez. La peau est normale, sans changement de couleur et le pôle supérieur de la tumeur est barré par les sourcils qui viennent se rejoindre au-dessus. La consistance est molle et semi-fluctuante, la peau glisse facilement, la tumeur glisse assez facilement sur les plans pro-

fonds. La tumeur a été extraite en totalité. C'est une poche contenant un liquide huileux. Le revêtement de la poche est formée par un épithélium pavimenteux stratifié et par un derme plan sans papilles, sans glandes sébacées et sudoripares, avec de minces follicules pileux de poils follets. »

14) OBSERVATION DE C. E. BENJAMINS (Amsterdam).

(Les fistules et kystes épithéliaux congénitaux du dos du nez.

Nederlandsch Tijdschrift voor Genceskunde, an. 80, n° 18, 2 mai 1936, p. 1886-1890).

Enfant âgé de 3 ans qu'on lui amenait avec le diagnostic de sinusite suppurée. A l'examen, on constatait, sur la ligne médiane, au-dessus de la racine du nez, une tuméfaction pseudo-fluctuante qui était apparue depuis un an. Croyant avoir affaire à un abcès, on avait pratiqué une incision qui n'eut d'autre effet qu'une suppuration interminable. Une dissection attentive permit d'isoler une masse sous-cutanée qui se continuait, à travers une fistule du frontal, par un kyste extra-dural. Celui-ci fut facile à isoler sauf en un point où il adhéraît à la dure-mère par un pédicule solide. L'examen histo-pathologique montra que l'on se trouvait en présence d'un kyste dermoïde. On se préoccupa dès lors de rechercher les connexions qui pourraient exister entre ce kyste et

une fistule congénitale typique du dos du nez dont l'existence avait été antérieurement constatée. Une solution de bleu de méthylène injectée dans ce trajet, ressortit effectivement par la plaie opératoire. On compléta donc l'intervention précédente par l'excision du trajet sous-cutané, et l'on obtint ainsi la guérison définitive de la suppuration intarissable dont le petit malade avait souffert depuis un an.

LES KYSTES DERMOIDES DE LA RACINE DU NEZ

Les kystes dermoïdes de la racine du nez et de la glabella sont comme tous les kystes dermoïdes de la face et du cou, des kystes dermoïdes vrais. Ce sont des poches de dimensions variables, mais ne dépassant guère la taille d'une noisette à une noix, limitées par une membrane qui peut offrir tous les caractères d'une peau normale. Leur cavité est remplie par une matière blanchâtre, grumeleuse, formée par une quantité souvent considérable de cellules épithéliales desquamées, kératinisées ou gorgées de granulations graisseuses associées ou non à des cristaux de cholestérine. Souvent, des poils libres dans la cavité ou implantés sur la paroi sont mélangés à cette matière. Parfois une grande partie du contenu de la poche est une matière huileuse avec des gouttelettes en suspension; en ce cas, le plus souvent, la poche ne contient pas de poils.

ETIOLOGIE

Les kystes dermoïdes de la glabella et de la racine du nez sont manifestement d'origine congénitale et

leur présence a été constatée dès le moment de la naissance ou peu de temps après dans presque tous les cas.

Les kystes dermoïdes de la glabelle et du dos du nez sont rares; LANNELONGUE et MÉNARD en 1891 en avaient réunis 16 cas, 6 pour la glabelle et 10 pour le dos du nez. A. BROCA dit dans son traité de Chirurgie infantile en 1914, « on rencontre quelques rares cas de kystes dermoïdes depuis la région intersourcillière jusqu'à la pointe du nez ». Une importante statistique américaine a été publiée en 1936. G. B. NEW et J. B. ERICH la donnent dans leur rapport sur les kystes dermoïdes de la tête et du cou observés à la Mayo Clinic de 1910 à 1935.

De 1910 à 1935, il a été observé à la Mayo Clinic, 1.495 malades porteurs de kystes dermoïdes (simples et complexes), dont 11 pour le cerveau, les méninges et la moëlle, 103 pour la tête et le cou, 23 pour le thorax, 8 pour le dos, 42 pour l'abdomen et le petit bassin, 630 pour les ovaires, 8 pour les testicules, 665 pour la région post-anale et 5 pour les membres.

Sur les 103 kystes de la tête et du cou, 51 siégeaient au pourtour de l'orbite, 13 au nez, 24 au plancher de la bouche, dans les régions sous-mentale et sous-maxillaire, 7 au cou dont 5 près de la ligne médiane, 4 dans la fossette sus-sternale, et 4 en des points variés, front, région occipitale et région auriculaire. Tous ces kystes sont des kystes dermoïdes vrais par inclusion congénitale; on les rencontre aussi fréquemment dans les deux sexes; près de 40 pour cent de ces tu-

meurs ont été vues à la naissance et plus de 60 pour cent de la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans.

Dans les 51 kystes du pourtour de l'orbite, on a classé 2 kystes de la glabelle. Sur les 13 kystes du nez, 9 siégeaient sur le dos du nez, 1 à la pointe, 1 dans la cloison, et 2 à la base de la columelle. Tous ces kystes du nez se sont révélés dans l'enfance, 7 étaient apparents à la naissance.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le siège des kystes de la racine du nez est médian, ces tumeurs occupent une hauteur variable, elles peuvent être situées sur la glabelle entre les deux sourcils, ou plus bas dans l'échancrure qui correspond à la racine du nez. La tumeur est de forme généralement arrondie; mais elle peut se prolonger sur le dos du nez, dans un cas elle en couvrait le tiers supérieur, elle est alors de forme oblongue, mais toujours strictement médiane. Dans notre première observation, le kyste faisait très peu saillie au dehors, l'échancrure sous-glabellaire était seulement peu accentuée.

La peau qui recouvre le kyste est normale d'aspect, elle glisse sur la tumeur qui ne lui est pas adhérente. Quand le kyste est enflammé, la peau peut être plus ou moins rouge.

La tumeur adhère généralement à l'os sous-jacent, elle ne peut être mobilisée sur le plan profond; par-

fois elle est mobile jusqu'à un certain point. En effet, cette adhérence profonde présente des formes différentes. Il peut y avoir un fin pédicule attaché à une minime dépression de la surface osseuse. Plus souvent la surface de contact est plus ou moins large, et la dépression osseuse est adaptée à la forme et au volume du kyste. Dans notre troisième observation, l'adhérence avec le frontal était étendue et solide, et un coup de curette a été nécessaire pour détacher complètement le fond du kyste. Dans notre première observation la poche kystique était canaliculée et reposait sur une dépression des os propres du nez et du frontal. A un degré de plus, le kyste peut se développer dans l'épaisseur du frontal comme dans le cas de CRUVEILHIER (obs. n° 4), où il avait introduit un stylet « profondément dans l'épaisseur des os du crâne ». LANNELONGUE et MÉNARD interprètent le fait de WEINLECHMER (obs. n° 12), comme un kyste dermoïde développé dans l'épaisseur du frontal et même au contact de la dure-mère. L'observation la plus remarquable est celle de C. E. BENJAMINS (obs. n° 14). Le kyste dermoïde sous-cutané situé au-dessus de la racine du nez se continuait à travers une fissure du frontal par un kyste extra-dural qui adhérait en un point à la dure-mère par un pédicule solide.

Ainsi il existe toutes les variétés depuis le kyste sous-cutané adhérent à l'os jusqu'au kyste à la fois extra et intra-cranien. Cette dernière variété avait été prévue par LANNELONGUE : « On peut même concevoir la possibilité de kystes mixtes à la fois extra et intra-

craniens constituées par deux poches reliées entre elles par un trajet qui les ferait communiquer ensemble, ou par un cordon fibreux plein; mais nous n'en connaissons pas d'exemple; toutefois, nous avons observé un kyste intra-cranien qui se rattachait à la peau à travers le crâne osseux (à l'union) par un pédicule fibreux, témoin irrécusable de son origine première dans le tegument externe ». Il s'agissait d'un kyste intra-cérébelleux » dont la pièce nous a été cédée par M. WIDAL ».

LANNELONGUE et MÉNARD opposent les kystes de la glabelle à ceux du dos du nez en ce que ces derniers « présentent une ouverture, ou tout au moins la trace d'une ouverture primitive; tous ceux de la glabelle en sont dépourvus. Cette opposition ne sera sans doute pas maintenue par toutes les observations à venir, mais elles ressort remarquablement des faits connus jusqu'ici ».

En effet, les kystes du dos du nez s'accompagnent très souvent d'un orifice fistuleux. L'orifice, très étroit, est situé toujours au-dessous du kyste. Il peut être juste au-dessous communiquant avec le kyste, un écoulement intermittent peut se produire alors, et on peut parfois vider le kyste en le pressant par cet orifice; il peut être oblitéré presque à la surface de la peau; mais dans les deux cas, il peut sortir par l'orifice une touffe de poils. L'orifice peut être situé à distance du kyste sur la ligne médiane, dans ce cas, il existe un trajet fistuleux ascendant sous-cutané et médian qui mène au kyste.

HÉBERT, dans sa thèse, a bien précisé le trajet de certaines fistules. Elles montent en suivant la ligne médiane sous la peau, puis change de direction et plongent en profondeur, dans un plan médian, entre les cartilages et les os du nez, ou entre les os propres, dans une véritable fissure du septum dédoublant la cloison qui présente à sa partie médiane une cavité kystique. Jamais la fistule ne communique avec les fosses nasales.

Le cas de BRAMANN (obs. n° 11) est intéressant. Le kyste siège sur le dos du nez à l'union des os et des cartilages et il se poursuit en haut par un trajet médian qui s'enfonce jusqu'à la racine du nez. Il n'existait pas dans ce cas d'orifice au-dessous du kyste.

Dans le cas de CRUVEILHIER (obs. n° 4), le stylet introduit dans un orifice sur le dos du nez allait jusqu'à la glabelle. CRUVEILHIER rangeait le fait parmi les kystes de la glabelle. LANNELONGUE et MÉNARD pensent que c'était un trajet fistuleux simple sans kyste.

Dans notre première observation (obs. n° 1), il existait un orifice à la racine du nez, LANNELONGUE et MÉNARD classent un cas similaire (obs. n° 5) parmi les kystes du dos du nez.

L'observation de C. E. BENJAMINS (obs. n° 14) montre qu'il peut exister en même temps un kyste de la glabelle et une fistule. Il y avait une fistule congénitale typique du dos du nez dont le trajet remontait sous la peau jusqu'au kyste, à la fois extra et intra-cranien, situé au-dessus de la racine du nez, donc à la glabelle.

Une remarque est importante. Quand l'orifice fistu-

leux siège juste au-dessous du kyste, on pourrait l'interpréter comme l'ouverture secondaire à la peau d'un kyste infecté; et l'inflammation est fréquente dans les kystes du dos du nez. LANNELONGUE et MÉNARD soutiennent que cet orifice minime est congénital, primitif, et qu'il avait jusque là passé inaperçu. L'ouverture secondaire due à l'ulcération de la peau de dedans en dehors serait plus large et siègerait en plein sur le kyste. OYEZ, dans sa thèse, rapporte un cas caractéristique. Un kyste du dos du nez enflammé s'ouvre à la peau en déterminant une petite ulcération; l'examen montre qu'il existe à un centimètre au-dessous l'orifice minime d'une fistule congénitale qui débouchait au centre même de l'ulcération.

G. B. NEW et J. B. ERICH disent que dans les kystes dermoïdes du nez il existait souvent un orifice par où s'écoulait ou non de la matière sébacée, et ils ajoutent que la plupart de ces kystes se sont infectés périodiquement, devenant gros, rouges et douloureux et évacuaient du pus par la fistule.

La paroi de la fistule est de la même structure que celle de la poche kystique. La paroi de cette poche est plus ou moins épaisse suivant les cas, mais elle est toujours assez résistante. La structure comprend deux couches, couche superficielle épithéliale, couche profonde ou dermique. L'épithélium est pavimenteux stratifié avec les différentes couches caractéristiques de la peau; c'est lui qui élabore la plus grande partie du contenu sébacé. La couche profonde est constituée par une membrane fibro-élastique dans

l'épaisseur de laquelle on trouve, en plus ou moins grand nombre, des glandes sébacées avec des follicules pileux pourvu de poils et, dans quelques cas seulement, des glandes sudoripares. Les papilles font le plus souvent défaut.

Dans la plupart des cas, la cavité kystique est remplie de la même matière sébacée que l'on rencontre partout ailleurs dans les kystes dermoïdes, et qui est composée de détritits granuleux, de gouttelettes graisseuses plus ou moins abondantes, de cellules épidermiques altérées et de poils quelquefois assez longs. Parfois le contenu est une matière huileuse mêlée d'épithélium dégénéré.

PATHOGENIE

La pathogénie des kystes dermoïdes simples a été expliquée par VERNEUIL et par LANNELONGUE.

LANNELONGUE et ACHARD en 1886 dans leur *Traité des kystes congénitaux* exposent et développent la théorie de VERNEUIL; LANNELONGUE et MÉNARD en 1891 dans leur livre sur les affections congénitales précisent la pathogénie des kystes dermoïdes des diverses régions.

« La théorie de l'enclavement considère les kystes dermoïdes comme dérivant du tégument cutané de l'embryon dont une portion, restée pour ainsi dire en arrière pendant le développement foetal, se serait

enclavée au sein des autres tissus et aurait, par son accroissement ultérieur, donné lieu à la formation d'un kyste. Un exposé sommaire de cette théorie de l'enclavement appliquée aux kystes dermoïdes sous-cutanés est fait par VERNEUIL dans son mémoire sur l'inclusion scrotale et testiculaire en 1855. Déjà, répondant à LEBERT (qui soutenait la théorie de l'hétérotopie plastique : celle de la production autogène des tumeurs dermoïdes; elles se forment de toutes pièces dans des parties où rien ne les représentait antérieurement en vertu d'une « aberration particulière de la nutrition ») devant la Société Anatomique en 1852, VERNEUIL avait émis l'opinion que les kystes dermoïdes des sourcils, de l'orbite et de son pourtour se développent aux dépens du revêtement cutané qui tapisse chez l'embryon la fente fronto-maxillaire. Plus tard, il généralisa cette même explication et l'étendit aux kystes dermoïdes du plancher buccal (Thèse de LANDETA, 1863), de la joue (thèse de CUSSET, 1877); enfin, dès 1855, il admettait la formation des kystes dermoïdes en divers points du corps aux dépens de plissements accidentelles de la peau chez le fœtus » (LANNELONGUE et ACHARD).

Le mot inclusion prêtant à confusion avec la théorie de la diplogénèse par inclusion développée par GEOFROY SAINT-HILAIRE pour expliquer la formation des monstres doubles, des tératomes et des tumeurs tératoïdes, LANNELONGUE emploie le mot enclavement. Il généralise la conception de VERNEUIL. « Nous espérons avoir donné à cette opinion un caractère beaucoup

plus général encore en montrant, qu'il est facile de trouver un mécanisme toujours semblable partout, à l'extérieur ou à l'intérieur des cavités, à la surface ou dans la profondeur des tissus et des organes et qu'il n'est pas besoin d'invoquer les plicatures du tégument externe » (LANNELONGUE et MÉNARD).

« A l'origine, la petite masse épithéliale est simplement une involution de l'épiblaste; puis peu à peu, elle s'éloigne de la surface de l'ectoderme par le fait du développement des parties voisines, et pendant ce temps le pédicule épithélial qui la rattache à l'ectoderme doit s'allonger progressivement. Mais cet allongement peut être insuffisant si les parties voisines se développent plus rapidement, de telle sorte que la continuité se trouve rompu entre l'ectoderme et le petit amas épithélial, désormais indépendant ». (LANNELONGUE et ACHARD).

Mais l'évolution en kyste de la petite masse épithéliale n'est pas fatale, et si cette évolution se fait, elle n'est pas régulièrement progressive, elle peut être arrêtée pendant une période fort longue. C'est la période d'indolence ou de stagnation de VERNEUIL.

« La cavité dermoïde ainsi formée est une ectopie du tégument externe; mais dans ce siège anormal, le tégument jouit de toutes ses propriétés et peut donner naissance à tous ses produits ordinaires. Le petit sac enclavé au milieu des tissus de l'embryon se compose, non seulement d'éléments épithéliaux, mais encore des éléments sous-jacents qui constituent le derme.

...La paroi dermoïde est ordinairement assez simple

dans sa texture, fréquemment elle est dépourvue de glandes sudoripares et de papilles, alors qu'elle présente des poils et des glandes sébacées. Or, il est à remarquer que les glandes sudoripares et les papilles sont précisément les organes qui apparaissent en dernier lieu dans le développement du tégument externe. (D'après KÖLLIKER, les premiers rudiments de poils de duvet se montrent au front et aux sourcils à la fin du 3^e mois et au début du 4^e, et les glandes sébacées à la fin du 4^e, tandis que les glandes sudoripares se développent au 5^e mois et que les premières traces de papilles n'apparaissent, aux mains et aux pieds, qu'au 6^e mois). C'est donc là un caractère foetal de la paroi dermoïde, et il semble que dans certains cas le petit îlot tégumentaire puisse être arrêté dans son développement, tandis que dans d'autres cas, il subit une évolution normale et complète. Il faut encore observer que la structure n'est pas toujours uniforme en toutes les parties de la paroi et que les poils et les glandes par exemple, peuvent n'exister qu'en des points très limités; de telle sorte que, si le développement se fait suivant un type normal, il ne marche pas toujours d'un pas égal pour toutes les parties du sac emprisonné.

...Mais l'évolution des éléments de la paroi est sujette aux mêmes lois qu'à l'état normal. Les cellules épithéliales présentent les mêmes phénomènes de desquamation et de rénovation que dans l'épiderme, les poils, les dents se développent et tombent comme le font d'ordinaire ces organes; les tissus peuvent deve-

nir malades (épithélioma, cancer); les glandes sébacées deviennent kystiques; en un mot, nous constatons dans la paroi dermoïde les mêmes aptitudes physiologiques et pathologiques que dans le tégument normal » (LANNELONGUE et ACHARD).

LANNELONGUE et ACHARD donnent comme preuves de l'enclavement la formation des kystes épidermoïdes accidentels qu'on désigne sous le nom de tumeurs perlées des doigts et de la paume de la main. Ils ont produit expérimentalement des kystes dermoïdes en transplantant sous la peau de jeunes cobayes des lambeaux cutanés. MASSE (de Bordeaux) avait auparavant obtenu des kystes dermoïdes chez de jeunes rats blancs en greffant des lambeaux de peau dans le péritoine et sous la peau.

M. OMBRÉDANNE pense que « la théorie blastomérique n'est nullement incompatible avec la conception de VERNEUIL. Il suffit de ne voir dans l'inclusion (VERNEUIL), dans l'enclavement (LANNELONGUE), qu'un fait connexe avec l'arrêt du développement d'un groupe cellulaire, peut-être sa cause, peut-être son effet.

...Au niveau de tous les plissements synclinaux que subissent les feuilletts embryonnaires, des arrêts en léthargie de groupes cellulaires et des inclusions de ces groupes peuvent se produire.

...Il est vraisemblable que les variations de milieu créées par les coalescences et les plissements qui se produisent au niveau de la face et du cou jouent un rôle important dans la genèse de cet arrêt léthargique des groupes cellulaires.

...Ce groupe cellulaire, déjà hautement différencié, déjà spécialisé dans son activité, n'est plus capable d'édifier à son réveil que de la peau et quelques poils ».

LANNELONGUE et MÉNARD précisent la pathogénie des kystes dermoïdes du dos du nez et de la glabelle, et ils démontrent que ces kystes ne forment qu'un seul groupe. Ces kystes « tirent leur origine des éléments ectodermiques emprisonnés dans la gouttière dorsale de l'embryon. Cela ne veut pas dire que cette gouttière s'avance jusque vers l'extrémité du nez; tout au contraire, elle s'arrête à l'extrémité frontale de la tête, à la région qui sera la glabelle. Mais dans cette région prend naissance le bourgeon fronto-nasal, qui se développe de haut en bas, c'est-à-dire du front vers la partie moyenne de la lèvre supérieure. Or, si l'on suppose qu'à la suite d'un trouble du développement un îlot ectodermique se trouve enclavé à l'extrémité glabellaire de la gouttière dorsale sur le point même où naît le bourgeon nasal, il est facile de se rendre compte que par l'effet de l'accroissement de haut en bas de ce bourgeon, l'îlot enclavé pourra être déplacé et entraîné dans la même direction, de telle sorte qu'au lieu de correspondre à la racine du nez, il en occupera la partie moyenne ou même la pointe.

A première vue, une pareille hypothèse n'est pas invraisemblable, à plus forte raison doit-on l'accepter lorsqu'elle se trouve confirmée et justifiée par les caractères propres aux kystes dermoïdes du nez et par

les données anatomiques qui témoignent de l'existence d'une fistule antérieure. Nous avons vu que tous ces kystes offrent à l'observation un trajet fistuleux ou une cavité kystique ouverte inférieurement à la surface de la peau. La direction de ce trajet n'est pas indifférente : elle a lieu constamment de bas en haut et sur la ligne médiane, c'est-à-dire vers la racine du nez ou vers la glabelle. Le stylet arrive plus ou moins haut; il peut ne pas dépasser les limites apparentes du kyste, mais d'autres fois, il pénètre jusqu'à la racine du nez, jusque dans l'épaisseur même des os de la glabelle. D'après cette disposition, comment pourrait-on expliquer la formation de ces trajets par une invagination de l'ectoderme effectuée sur place ? Pourquoi cette invagination, ou mieux cette involution de l'ectoderme, et d'où proviendrait sur une surface unie, le pincement qui l'enclaverait profondément et à une certaine distance ? Pourquoi enfin cette direction oblique et constamment ascendante du kyste ou du trajet fistuleux, au lieu de reposer directement sur le squelette et de contracter avec lui une adhérence comme dans tous les autres régions ? Autant de questions qui resteraient insolubles si l'étude attentive des faits ne fournissait pas les éléments d'une véritable démonstration. Rien n'est plus probant à cet égard que l'observation de J. CRUVEILHIER, surtout quand on prend soin de remarquer que tous les autres faits présentent des caractères identiques, quoique moins complets; elle donne la clef de la solution du problème. Donc, tandis que le kyste est ouvert sur le dos du nez,

son prolongement supérieur arrivé à la racine du nez adhère au frontal, et s'enfonce dans l'épaisseur de cet os. C'est la confirmation, la démonstration de l'origine primitivement crânienne du kyste, et le bourgeon fronto-nasal en se développant vers la face, n'a fait qu'entraîner l'extrémité superficielle et mobile du trajet fistuleux, tandis que l'extrémité adhérente est restée enclavée comme pour témoigner du siège primitif de la lésion chez l'embryon. Pourrait-on comprendre, dans ce cas, qu'un kyste apparu sur le nez fût remonté vers le crâne, à l'inverse du développement normal des parties, pour s'enclaver dans le frontal ? Assurément non »...

Ici nous ouvrons une parenthèse pour citer ce que les auteurs disent quelques pages plus loin à propos des kystes de la glabelle.

« CRUVEILHIER paraît avoir pénétré à une grande profondeur dans l'os, peut-être jusqu'au voisinage immédiat et même jusqu'au contact des méninges. Une semblable disposition était de nature à faire prévoir le développement de kystes dermoïdes dans l'épaisseur du frontal et même à la surface de la dure-mère. L'observation de WEINLECHMER vient donc réaliser ce que nous avions prévu et qui nous avait semblé possible d'avance ». L'observation de C. E. BENJAMINS (obs. n° 14) est encore plus concluante.

...« En considérant les faits à ce point de vue et tels que l'observation nous les fournit, on devrait hésiter à ranger ces affections soit dans le groupe des kystes, soit dans celui des fistules. Or, ce sont à la fois des

kystes et des fistules : ce sont des kystes, parce qu'il y a une tumeur à paroi dermo-épidermique avec un contenu; au kyste se surajoute la fistule. Mais ici la fistule n'est pas une complication comparable à celle qui se produit par le fait de la suppuration et de l'ouverture des kystes; non elle résulte de la persistance de la gouttière dorsale de l'embryon sur un point, au niveau de la glabelle. Son orifice superficiel a été déplacé par suite de l'allongement du bourgeon fronto-nasal. La fistule une fois produite, l'oblitération de son trajet plus ou moins loin de l'orifice cutané ou au niveau de cet orifice, a pour résultat la formation d'une tumeur par accumulation du produit de sécrétion : c'est le kyste. La fistule est donc la première en date, le kyste vient ensuite; et ce kyste est fœtal, puisque tous les sujets le montrent dès la naissance. Comme conséquence de ces considérations, on devrait placer de préférence cette maladie dans le groupe des fistules, et non parmi les kystes.

Mais si l'on songe que la nature de ces deux affections est en somme identique, et que, d'autre part, c'est la tumeur qui saute aux yeux, on comprend qu'on puisse s'affranchir des rigueurs de la logique. Au surplus, l'orifice de la fistule est en général très étroit; il pourrait même échapper à un observateur qui ne le chercherait pas avec attention, et l'on doit ajouter encore que la disposition que nous avons étudiée pourrait présenter certaines modifications. Pourquoi n'observerait-on pas une fistule ouverte sans kyste, ou un kyste dermoïde médian du nez

sans fistule ? Mais les auteurs n'ont pas décrit des faits de cet ordre, et nous n'en avons pas observé, »

Ces dernières phrases concernent les kystes du dos du nez. Nous avons vu que les kystes de la glabelle peuvent exister avec ou sans fistule congénitale.

« Il est intéressant de constater qu'une série de faits encore peu nombreux nous offre déjà toutes les variétés, depuis le kyste extra-cranien adhérent jusqu'au kyste sous-méningé, c'est-à-dire intracranien. Les variétés intermédiaires sont représentées par les exemples des kystes du dos du nez, qui étant superficiels, n'en présentent pas moins un prolongement intra-cranien ». A ces variétés nous pouvons ajouter celle du kyste à la fois extra et intra-cranien.

A. BROCA, dans son traité de Chirurgie Infantile, adopte la théorie de LANNELONGUE.

En 1936, C. E. BENJAMINS, d'Amsterdam, donne une explication des fistules et kystes épithéliaux du dos du nez. Il admet que ces malformations résultent du développement anormal d'un sillon transversal, dit sulcus supranasalis, qui chez l'embryon âgé d'environ deux mois sépare le front de l'aire triangulaire dont le développement donnera naissance au nez. Les os nasaux n'apparaissant qu'aux environs de la 12^e semaine, on conçoit que dans certains cas, les kystes puissent pousser des diverticules au-dessous de ces lames osseuses.

Il ne semble pas que cette hypothèse puisse expliquer pourquoi le kyste intra-cranien adhère à la dure-mère en un point par un pédicule solide.

L'hypothèse de LANNELONGUE au contraire, l'explique très bien; le trajet fistuleux qui se continue par le kyste adhérent à la dure-mère est une forme, extrêmement atténuée, de déhiscence survenue à la terminaison de la grande gouttière dorsale primitive, le kyste s'est développé sur une partie du trajet fistuleux. D'autre part, on ne comprendrait pas que les fistules et les kystes soient toujours sur la ligne médiane s'ils naissent du sulcus supranasalis qui est transversal.

G. B. NEW et J. B. ERICH, dans leur rapport de 1936, disent que la pathogénie des kystes dermoïdes du dos du nez est difficile à expliquer. Ils citent LUONGO qui donne l'interprétation suivante : « dans le jeune embryon, le bourgeon fronto-nasal, qui forme le nez, consiste d'une lamelle de cartilage hyalin recouvert extérieurement de peau et intérieurement de muqueuse. Après le 3^e mois de la vie intra-utérine, du tissu osseux pénètre entre le cartilage et la peau. Le tissu osseux va former les os propres du nez. Le cartilage est absorbé au cours de l'ossification. Pendant la séparation graduelle de la peau du cartilage du bourgeon fronto-nasal par l'intrusion des os du nez, de petites portions de la peau sont enclavées et évoluent ensuite en kystes dermoïdes ». Les auteurs américains adoptent une explication similaire pour tous les kystes craniens; l'os en se formant enclave des îlots d'épithélium qui évoluent ensuite.

En ce qui concerne les kystes de la racine et du dos du nez, LANNELONGUE a réfuté d'avance cette

théorie; et pour les autres kystes du crâne, la théorie de LANNELONGUE est plus générale; tout en reconnaissant l'influence de la formation des os qui peut séparer l'îlot épithélial du tégument, le plonger dans la cavité crânienne ou l'inclure dans l'os, LANNELONGUE ne préjuge en rien de la cause mécanique première de l'enclavement des cellules épithéliales.

ETUDE CLINIQUE

Les kystes dermoïdes de la racine du nez, non compliqués, sont généralement sans symptômes, ils sont disgracieux, voilà tout. Mais dans certains cas avec fistule il existe un écoulement intermittent, parfois même on peut vider le kyste en le pressant par l'orifice fistuleux.

Le kyste dermoïde de la racine du nez se présente comme une tumeur arrondie siégeant juste dans l'échancrure sous-glabellaire ou un peu au-dessus, entre les deux sourcils, à la glabelle. Il est parfois d'une forme oblongue quand il se prolonge sur la partie supérieure du dos du nez.

La tumeur est recouverte d'une peau normale d'apparence. En regardant de près on pourrait voir dans certains cas un orifice minime situé au-dessous du kyste sur la ligne médiane plus ou moins bas sur le dos du nez, parfois l'orifice est juste au-dessous du kyste.

Quand on palpe la tumeur, on sent une masse arrondie ou oblongue parfois, de surface lisse, peu ou pas douloureuse à la pression. La peau glisse au-devant de la tumeur, la tumeur est adhérente à l'os sous-jacent; dans certains cas d'adhérence lâche avec le frontal, comme nous l'avons vu, la tumeur est mobile jusqu'à un certain point sur le plan profond. La consistance de la petite masse peut être résistante, élastique, parfois fluctuante et parfois pâteuse.

Un stylet introduit par l'orifice fistuleux, quand celui-ci siège à distance sur les dos du nez, montre la direction du trajet qui est sous-cutané, médian et ascendant jusqu'au kyste. Divers auteurs ont proposé de le rendre visible sur une radiographie en l'injectant au préalable de lipiodol.

Nous avons vu que les kystes de la racine du nez existent le plus souvent à la naissance, parfois ils n'apparaissent que dans l'enfance. Quelquefois le kyste, remarqué à la naissance, reste stationnaire jusqu'à la puberté et se développe soudainement à cette période de la vie, tout en restant indolore et sans symptômes. Il n'en est pas de même quand il existe une fistule communiquant avec l'extérieur; le kyste s'enflamme alors souvent comme les kystes du dos du nez. Il devient douloureux, adhérent à la peau qui devient plus ou moins rouge, il peut ulcérer la peau et s'ouvrir au dehors; il existe alors un petit entonnoir médian d'où sort une touffe de poils, mais il peut s'installer aussi des alternatives de rétention et d'écoulement de matière sébacée mélangée à du pus.

Dans le cas de kyste intra-cranien associé, son accroissement ou sa suppuration pourrait donner des symptômes d'hypertension intra-cranienne.

Nous n'avons pas rencontré d'observation où une tumeur maligne aurait pris naissance dans le kyste, mais G. B. NEW et J. B. ERICH ont vu dans un cas de kyste dermoïde du voile du palais, chez une femme de 53 ans, un épithélioma se développer dans le kyste.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de kyste dermoïde de la racine du nez est très facile s'il existe une fistule congénitale ou secondaire à l'ouverture du kyste. Il est évident si une touffe de poils sort par l'orifice. Il peut être délicat parfois si le kyste existe seul.

Les kystes dermoïdes sous-cutanés en général ont été longtemps confondus avec les kystes sébacés. « ASTLEY COOPER qui avait fort bien étudié les kystes sébacés et leur siège folliculaire, parlait en même temps des kystes renfermant des poils sans les séparer aucunement des précédents » (LANNELONGUE et ACHARD).

Un kyste sébacé de la racine du nez peut être une tumeur arrondie de la même taille qu'un kyste dermoïde dont il a la consistance, mais il est adhérent à la peau par le vestige du conduit excréteur, il est mobile sur le plan profond, l'orifice du conduit oblitéré est marqué souvent par un point noir.

Mais un kyste dermoïde peut être relativement mobile sur l'os sous-jacent et il peut adhérer à la peau s'il a été enflammé. L'opération dans les deux cas montrera une poche à contenu blanchâtre, grumeleux, mais l'existence de poils fera faire le diagnostic de kyste dermoïde; s'il n'y a pas de poils l'examen

histologique de la paroi montrera peut-être des follicules pileux en un point si c'est un kyste dermoïde, en tout cas des glandes sébacées normales et parfois des glandes sudoripares.

Le lipome de la racine du nez peut avoir la même apparence qu'un kyste dermoïde, il peut être ferme ou mou en fluctuant, ce qui fait que le diagnostic est parfois impossible.

L'angiome de la racine du nez est plus facile à distinguer du kyste dermoïde. Il s'observe le plus souvent chez des enfants âgés de quelques mois, il se présente sous la forme de tumeur érectile, d'angiome rouge en saillie, turgescant pendant les cris et les efforts et souvent situé au sommet d'une tumeur bleuâtre d'angiome veineux sous-cutané.

On peut voir à la racine du nez une autre tumeur fissuraire, mais celle-ci très rare, la tumeur mixte. Elle est de petit volume, et difficile à distinguer du kyste dermoïde, elle est plus dure. Souvent c'est l'examen histologique qui montre une structure semblable à celle des tumeurs mixtes salivaires.

Le diagnostic est en général facile entre kyste dermoïde et encéphalocèle dans les cas typiques. Le kyste dermoïde ne bat pas, ne se tend pas pendant les cris et les efforts, il n'est pas partiellement réductible comme l'encéphalocèle. L'encéphalocèle est une tumeur à proprement parler congénitale, elle attire l'attention dès la naissance. Le kyste, s'il est fréquent à la naissance, peut ne pas exister encore, ou du moins il est très petit et n'appelle pas l'atten-

tion. Le diagnostic est très difficile et même impossible dans le cas d'encéphalocèle solide atypique de consistance fibreuse, comme dans l'observation de MM. FÈVRE et HUGUENIN. La tumeur grosse comme une noix était irréductible, et sans modification à l'effort, elle était adhérente à la peau. C'était une encéphalocèle solide formée surtout de névroglie avec quelques cellules nerveuses, le tissu conjonctif y était abondant.

Enfin le diagnostic de gomme syphilitique n'est souvent pas fait chez un enfant qui ne présente pas d'autres signes cliniques de syphilis et pour lequel on n'a pas de renseignements suffisants sur les antécédents héréditaires. On fait le diagnostic de kyste dermoïde, on opère, et on trouve une gomme syphilitique.

TRAITEMENT

On doit opérer les kystes dermoïdes de la racine du nez d'abord dans un but esthétique et ensuite pour éviter les complications inflammatoires.

Le traitement des kystes dermoïdes de la racine du nez est simple, il faut les extirper profondément au moyen d'une incision cutanée verticale médiane ou elliptique à grand axe vertical et strictement médian. S'il existe un orifice fistuleux juste au-dessous du kyste, l'incision circonscrira cet orifice; s'il est plus bas sur le dos du nez, l'incision sera prolongé sur le dos du nez et entourera en bas l'orifice. On enlève le trajet fistuleux en même temps que le kyste. Si le kyste est très adhérent au frontal, il sera nécessaire de donner un coup de curette sur l'os pour en détacher tout fragment de la poche qui pourrait encore y adhérer. La récurrence et la fistulisation sont certaines si on laisse un fragment de la poche.

L'opération est plus délicate si le kyste sous-cutané communique avec une seconde poche intra-cranienne. Il faut enlever cette poche en la détachant de la dure-mère à laquelle elle peut adhérer solidement par un pédicule.

Etant donné la possibilité d'un trajet crânien et

de la nécessité peut-être de faire l'hémostase de la paroi crânienne, il est prudent d'avoir toujours à sa disposition les hémostatiques nécessaires pour la chirurgie crânienne, de la cire de M. DELBET, par exemple.

La fermeture de la peau se fera avec de la soie vasculaire pour que la cicatrice soit à peine visible. Si le kyste est infecté, on fermera la peau sur une petite mèche iodoformée qu'on enlèvera ultérieurement.

CONCLUSIONS

Les kystes dermoïdes de la racine du nez sont des kystes congénitaux médians, adhérents au frontal. Ces kystes peuvent se continuer par une fistule primitive s'ouvrant à un niveau variable sur le dos du nez. Ils peuvent communiquer à travers une fissure du frontal avec un kyste intra-cranien adhérent à la dure-mère par un pédicule.

Ils forment avec les kystes du dos du nez un même groupe de kystes congénitaux qu'explique une même pathogénie. Ils résultent d'un trouble du développement de l'ectoderme à l'extrémité antérieure de la gouttière dorsale primitive de l'embryon.

Le traitement en est simple, il consiste en l'excision complète de la poche kystique et du trajet fistuleux s'il y a lieu.

Vu : Le Président de la Thèse,
L. OMBRÉDANNE,

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BENJAMINS (C. E.) (Amsterdam). — Les fistules et kystes épithéliaux congénitaux du dos du nez. *Nederlandsch Tijdschrift voor Genceskunde*, an. 80, N° 18, 2 mai 1936.
- BRAMANN. — Kystes dermoïdes du nez. *Berl. Klin. Wochensch.*, N° 52, S. 1052, 12 déc. 1888.
- BROCA (A.). — Chirurgie infantile, Paris, Steinheil 1914.
- CELESTINO DA COSTA. — Eléments d'Embryologie, Paris, Masson 1938.
- CRUVEILHIER (J.). — Traité d'anatomie pathologique générale. 3 vol., Paris 1849-1856.
- FÈVRE et HUGUENIN. — Encéphalocèle atypique réalisant une tumeur solide à la racine du nez. *Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, tome 13, N° 3, Mars 1936.
- GEOFFROY SAINT-HILAIRE (I.). — Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux, 3 vol. Paris 1832-1837.
- HÉBERT. — *Thèse, Bordeaux, 1911-1912.*
- KIRMISSON. — Maladies chirurgicales d'origine congénitale. Paris, 1898.
- KÖLLIKER (A.). — Embryologie ou traité complet du développement de l'homme et des animaux supérieurs. Paris, 1880-1882.
- LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux. Paris 1886.
- LANNELONGUE et MÉNARD. — Affections congénitales, 3 vol. Paris 1891.
- LAWRENCE. — *London Medical Gazette, new series*, vol. I, 1837-1838.
- LEBERT. — *Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie*, t. IV, 1852.

- *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale.*
Paris, 1857.
- LE DENTU. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, t. V, 12 nov.
1879.
- LETULLE (M.). — *Anatomie pathologique*, 3 vol. Pasis, Mas-
son 1931.
- MAC CORMAC. — *Saint-Thomas' Hospital reports*, 1874.
- MAX SCHEDE. — *Archiv. f. Klin. Chir.*, 1872, vol. XIV, 1, 18.
- MASSE. — *Bulletin général de thérapeutique médicale et chi-
rurgicale*, t. CVIII, 30 avril 1885.
- MOUGEOT et OKINCZYC. — *Revue orthopédique*, 1904, p. 413.
- MOULONGUET (P.) et PEYNET. — Des tumeurs mixtes de la
face, *Annales d'Anatomie pathologique*, tome IV, N° 9,
Décembre 1927.
- NEW (G. B.) et ERICH (J. B.). — Kystes dermoïdes de la tête
et du cou. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 65,
N° 1, Juillet 1937.
- OMBRÉDANNE (L.). — Précis clinique et opératoire de chi-
rurgie infantile, 3^e édition, Paris, Masson, 1932.
- OYEZ. — *Thèse Lille*, 1911-1912.
- PANAS. — *Bull. de la Soc. de Chir.*, 3^e série, t. III, 29 avril
1874.
- PEYNET. — Les tumeurs mixtes de la face. *Thèse, Paris*, 1927.
- ROUSSY, LEROUX et OBERLING. — Précis d'Anatomie patho-
logique, 2 vol. Parris, Masson, 1933.
- VERNEUIL. — *Bulletins de la Société Anatomique*, 27^e année,
Août 1852.
- Mémoire sur l'inclusion scrotale et testiculaire. *Ar-
chives générales de médecine*, 1855, vol. I et vol. II.
- WEINLECHMER. — *Soc. des médecins de Vienne*, 8 fév. 1889
in *Semaine Médicale*, 13 février 1889.
- WIDAL (F.) (interne des hôpitaux). — Kyste pileux intra-
crânien. Hydrocéphalie. Vestiges d'un pédicule ratta-
chant le kyste au cuir chevelu. *Société Anatomique*,
1885.

